5 9

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

189 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

CHARLES CONTHE

Né le 10 Mars 1904, à Nieudan (Cantal)

Sur un cas de Sous-Maxillite Post-Opératoire

Président de Thèse : M. le Professeur FÉLIX LEJARS.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

CHARLES CONTHE

Né le 10 Mars 1904, à Nieudan (Cantal)

Sur un cas de Sous-Maxillite Post-Opératoire

Président de Thèse : M. le Professeur FÉLIX LEJARS.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1928

I. — PROFESSEURS

Le Doyen ..... M. ROGER

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT. (Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.
Pathologie médicale	TANON.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	VILLARET.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES FRÈRES

EMILE, LOUIS, MARCEL, FRANCIS CONTHE

A MA BELLE-SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

En remerciement pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

A MONSIEUR MONDOR

Professeur agrégé

Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu nous fournir ce sujet de thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos remerciements.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS

I

Si les observations de parotidites post-opératoires sont relativement fréquentes dans la littérature médicale, il n'en est pas de même pour les sous-maxillités qui semblent tout à fait exceptionnelles.

Les premiers cas de parotidites post-opératoires ont été signalés par Bantock (1878) et Schrœder (Pétrograd, 19 février 1877). Ce dernier, rapporté par Matweff qui donne comme raison pathogénique la similitude des tissus entre parotides et organes génitaux. Vers la même époque Macdonald se range à cet avis et propose la théorie de la sympathie génito-salivaire.

Depuis lors, les observations de parotidites se sont multipliées, mais il faut arriver à la thèse de Morel en 1907, pour trouver une étude complète de la question.

Pour ce qui est des sous-maxillités, nous n'avons trouvé aucune étude détaillée à ce sujet. Les cas signalés ne le sont pas en tant que complication opératoire isolée mais associée à des infections des autres glandes salivaires comme dans l'observation de Schrœder ou comme complication d'une parotidite post-opératoire comme dans les cas de Goodel et Paget, Jefferis.

Nous trouvons l'existence des sous-maxillités post-opératoires signalées par Potel et Veraeghe (de Lille), (*Echo médical du Nord,* Lille, 1913).

Nous croyons intéressant de citer ici l'observation de Schrœder (*Moricke Zeit. für Geburtsh und Gynekol. Stüttgart,* 1880), qui montre que l'infection salivaire peut se localiser aussi bien sur les glandes sous-maxillaire et sublinguale que sur la parotide.

« La femme L..., âgée de 65 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans, a accouché neuf fois. La ménopause est survenue il y a quinze ans. Depuis dix à onze semaines, on remarque dans le ventre une tuméfaction qui s'est accrue rapidement pendant ces derniers temps. La malade est chétive et anémique.

« Le 6 novembre 1879 : ovariotomie. Gros kyste avec contenu fortement colloïde. Le contenu est gluant et consistant. Il ne s'écoule pas spontanément, mais doit être extrait avec la main. L'opération ne présente, du reste, rien de particulier.

« Les premiers jours, pas de fièvre. Le sixième jour, les glandes sous-maxillaire, sublinguale et parotide droite commencent à s'enflammer au milieu de légers phénomènes fébriles et déjà le lendemain du pus s'écoulait du canal de Wharton. L'inflammation gagne le cou avec une fièvre modérée. Le pouls devient petit et très fréquent.

« Le 15 novembre, on incise et il s'écoule une quantité assez considérable de pus. La malade meurt le soir même.

« L'autopsie ne fut pas autorisée ».

L'idée de ce travail nous a été donnée par M. le Professeur Agrégé Mondor, qui a eu l'occasion d'observer récemment un cas de sous-maxillité post-opératoire, sans atteinte des autres glandes salivaires.

II

Etude pathogénique des infections post-opératoires des Glandes Salivaires

---

Quelle est la pathogénie de ces infections ? Nombreuses ont été les théories proposées. Nous ne citerons que pour mémoire les suivantes :

Théorie de l'embolie septique (Blandin) ;

Théorie de l'hyperthermie (Liebermeister) ;

Théorie de la décharge microbienne (Bouchard) ;

Théorie de la propagation lymphatique (Bouillaud),

qui sont complètement abandonnées aujourd'hui.

Une place à part doit être réservée à la théorie génito-salivaire, qui fut admise pendant longtemps.

Théorie de la sympathie génito-salivaire (Stephen-Paget).

Trousseau disait : « La sympathie qui unit la glande parotide aux organes génitaux est d'observation courante, mais ce qui l'est moins, c'est de voir la chose inverse, c'est-à-dire la sympathie se manifester des organes génitaux vers la parotide ».

et il cite le cas d'une femme chez qui, une parotidite remplaçait périodiquement la menstruation absente.

Les défenseurs de cette théorie ont voulu voir une preuve pathologique dans le rapport existant entre les parotidites et les opérations sur la sphère génitale et même en précisant davantage avec les opérations portant sur les glandes génitales plutôt que sur l'utérus lui-même.

Quel est le mécanisme de cette infection ?

1° Le réflexe vaso-moteur (Mattweff) ;

2° La relation sécrétoire (Dyball).

Critique de cette théorie. — Cette théorie pathogénique, d'aspect si séduisant au premier abord est abandonnée aujourd'hui. Nombreuses sont, en effet, les observations de parotidites consécutives à des opérations ne portant pas sur la sphère génitale. On doit, cependant, reconnaître que le plus grand nombre des observations ont trait à des opérations de gynécologie, il est vrai, que dans la chirurgie abdominale, cette spécialité tient une place prépondérante. Cette place était encore bien plus importante autrefois où étaient inconnues les opérations modernes portant sur le tube digestif. Les anciennes statistiques ont permis d'incriminer surtout les interventions sur les kystes de l'ovaire, mais il faut bien se souvenir que ce fut longtemps et, en particulier, dans la période de chirurgie antiseptique l'opération gynécologique la plus fréquente.

En outre, il est de connaissance vulgaire qu'il y a une plus grande affinité entre le testicule et la parotide qu'entre

l'ovaire et la parotide. La métastase des oreillons dans les ovaires est d'une extrême rareté et pourtant les opérations portant sur les testicules n'ont jamais occasionné de complications du côté des glandes salivaires.

En tout cas, toutes les observations se rapportent à des opérations portant sur la région abdominale. S'il y a un rapport qui est établi par tous les faits connus, c'est celui d'*infections salivaires et laparotomie.*

Théorie du choc opératoire. — C'est une extension de la théorie précédent du réflexe vaso-moteur. Mais ici le point de départ au lieu d'être dans les filets sympathiques des glandes génitales (Mattweff) serait dans le sympathique abdominal.

Morley (*American Gynecology*, 1900) montre que chez l'animal, l'irritation du sympathique abdominal agit sur les glandes salivaires en interrompant le flux salivaire quand la glande est en période de sécrétion.

Théorie de l'infection buccale. (Chassaignac). — La flore buccale exaltée remonterait sous des influences diverses le canal excréteur, et coloniserait dans les acini glandulaires.

Il nous semble que c'est dans ces deux dernières théories, qu'il faut rechercher la véritable pathogénie de ces infections salivaires.

L'infection pour se produire nécessite plusieurs condi-

tions favorables. Le parenchyme des glandes salivaires est aseptique normalement (Duclaux) de même que la salive sécrétée. Les microbes de la Bouche envahissent seulement la première partie du canal excréteur (Galippe, Gilbert et Lippmann). En outre, la salive douée d'un certain pouvoir antiseptique (Sanarelli, Chavrin) opère un balayage constant des micro-organismes qui pourraient remonter par les canaux excréteurs (Barré et Billaudet).

Dans des expériences (que nous citerons plus loin) faites par Claisse et Dupré sur la parotide, ces auteurs ont montré que cette glande saine résiste si bien à l'infection qu'ils n'ont pu la réaliser par l'infection d'une culture de staphylocoques dorés dans le canal de Sténon.

Il en est tou autrement quand la sécrétion de la salive est arrêtée ou seulement diminuée, ce qui se produit si l'on admet la théorie du choc opératoire.

Il faut aussi tenir compte dans le même ordre d'idée de la suppression de l'alimentation, du jeûne post-opératoire qui a pour effet de diminuer la sécrétion salivaire, donc d'augmenter la virulence du milieu buccal.

Potel et Veraeghe font remarquer que chez le nouveau-né, les glandes parotides et sous-maxillaires ont un rôle extrêmement réduit pendant les trois premiers mois. Or, chez le nouveau-né on observe surtout les parotidites et les sous-maxillités à cette période de faible sécrétion. On les voit encore survenir dans les cas de diarrhée et d'athrepsie (la

salive étant alors très peu abondante) tandis que ces infections sont tout à fait exceptionnelles vers le cinquième mois, période de salivation active en rapport avec le travail de la dentition.

On peut aussi rapprocher les observations de parotidites et sous-maxillités observées au cours des états adynamiques à la période terminale des cachexies et aussi dans le jeûne thérapeutique, première période du traitement de l'ulcus gastrique.

Il faut également faire entrer en ligne de compte le traumatisme exercé par les mains de l'aide donnant l'anesthésie. C'est une importante cause adjuvante. En particulier, la propulsion du maxillaire inférieur en avant traumatise la parotide et ce traumatisme favorise considérablement l'infection, ainsi que le prouvent les expériences suivantes de Claisse et Dupré sur la parotide :

« 1° Sur des chiens, injections microbiennes dans les voies salivaires. Nous nous sommes servis de trois cultures différentes (straphylocoque doré, deux fois ; streptocoque, une fois). Dans un autre cas, nous avons injecté de la salive septique recueillie dans la bouche même de l'animal.

« Les cultures en bouillon étaient injectées dans le canal de Sténon au moyen d'une fine pipette à bout arrondi à la dose de deux à trois gouttes.

« Ces tentatives n'ont produit aucun effet inflammatoire.

« 2° Traumatisme glandulaire. Infection microbienne.

La parotide d'un chien est fortement traumatisé entre les doigts et au moyen d'une pince. Cette contusion est suivie d'une injection de quelques gouttes d'une culture en bouillon de staphylocoque doré.

« Deuxième jour : Tuméfaction parotidienne. L'animal est sacrifié le quatrième jour. Il présente des lésions d'infection canaliculaire ».

On a pu incriminer l'usage de la pince à langue toujours septique au cours de l'anesthésie, servant de porte d'entrée à des germes pathogènes par les blessures légères qu'elle peut produire, mais il nous semble que ce sont là des cas particuliers, et que l'existence d'un accident anesthésique ne nous permet plus de les ranger dans les infections salivaires post-opératoires.

Il nous semble donc que l'infection glandulaire se fait par voie canaliculaire. Cette voie ou voie ascendante est de règle presque absolue. La preuve histologique en a été faite par Pilliet (1890), Claisse et Dupré (1894). Ils trouvèrent sur des pièces de parotidites peu avancées dans leur évolution l'implantation primitivement canaliculaire de l'infection et son extension vers la périphérie de l'acini glandulaire.

La voie sanguine ou voie descendante est certainement incriminable dans quelques cas, mais elle doit être bien rare.

« L'infection hématogène de la glande doit être tenue pour discutable, elle demeure en tout cas une voie de contamination exceptionnelle » (Claisse et Dupré).

Une autre question se pose : Pourquoi ces infections se localisent-elles dans l'immense majorité des cas sur la parotide ?

On a mis en cause pour expliquer la rareté d'atteinte de la sous-maxillaire, l'exiguité du canal de Wharton, la protection efficace exercée par la langue contre la pénétration des produits septiques dans le canal de la sous-maxillaire. Il ne nous semble pas que cette explication soit la bonne. En effet, Scaloni fait remarquer que 61 % des corps étrangers des voies salivaires reviennent à la sous-maxillaire. La protection exercée par la langue n'est donc pas bien efficace.

Une autre explication nous semble plus plausible. Toute entrave apportée au fonctionnement des glandes salivaires (trouble de la sécrétion, trouble de l'excrétion) en favorise l'infection. Dans le jeûne post-opératoire l'absence de mastication diminue surtout la sécrétion de la salive parotidienne.

Enfin, il faut tenir compte du traumatisme anesthésique qui porte sur la parotide lors de la propulsion en avant du maxillaire inférieur.

III

Etude Clinique

La date d'apparition varie entre le troisième et le dixième jour.

Le malade présente le soir une température à 39°-40° sans qu'on en trouve la cause du côté de son opération.

Puis, on voit survenir une gêne à la déglutition aux mouvements de la langue, une sécheresse de la langue et de la bouche, du trismus.

Alors apparaît à la région sous-maxillaire une tumeur douloureuse, puis plus tard de l'œdème.

La douleur est, au début, plutôt une sensation de gêne, puis de tension qui va en augmentant, et la région va devenir très douloureuse.

La tuméfaction est dure au début et par le palper (un doigt dans la bouche, un autre sur la région cervicale) bien localisée, puis il peut survenir une infiltration œdémateuse de la paroi qui peut s'étendre à toute une partie de la face.

L'orifice du canal de Wharton est à contours saillants, rouges vifs.

La sous-maxillité arrivée alors à sa période d'état peut évoluer de différentes façons.

1° *Vers la résolution.* — C'est la forme catarrhale simple :

« Douleur, rougeur, chaleur accompagnant la tuméfaction de la glande. Anorexie. Adynamie. Mais la situation ne tarde pas à s'amender. La lésion inflammatoire restant catarrhale et n'évoluant pas jusqu'à la suppuration tend à s'éteindre et dès lors, les phénomènes généraux s'atténuent » (Etienne).

Il n'y a, dans ce cas, pas trace d'écoulement de pus canaliculaire.

L'évolution dure, en général, huit ou dix jours, laissant parfois une légère induration de la glande qui pourra être très longue à disparaître.

2° *Vers la suppuration.* — La peau devient plus tendue, plus rouge, plus luisante. La fluctuation est souvent difficile à sentir. L'adynamie du malade peut être très accentuée.

Le pus a tendance à s'évacuer. Cette évacuation peut se faire dans la bouche par le canal de Wharton. Il peut s'écouler goutte à goutte par ce canal et cet écoulement passer inaperçu, mais à la pression sur la glande, on voit une fusée purulente sortir de l'orifice du canal.

Beaucoup plus rare est l'ouverture à la peau.

3° *Vers la gangrène.* — Excessivement rare.

IV

Complications

C'est durant l'évolution vers la suppuration que se rencontre la complication la plus fréquente. Par l'intermédiaire du milieu buccal, l'infection se communique aux autres glandes salivaires et il y a suppuration polyglandulaire. Le plus fréquemment, l'infection va vers les glandes sublinguales.

Spielmann cite une complication plus rare : « L'infection développée dans la sous-maxillaire dépasse les limites de la glande et de sa loge pour envahir l'organisme. On assiste alors à l'évolution d'une septicémie, d'origine salivaire à l'inverse de ce que l'on observe le plus souvent ».

V

Pronostic

Le pronostic est assez sérieux, car il décèle un affaiblissement de l'organisme, mais, en règle générale, la guérison est habituelle ; cependant, certains cas peuvent être longs à guérir et immobiliser le malade bien après la cicatrisation de sa plaie opératoire.

Seuls, seront d'un pronostic vraiment grave les cas heureusement rares, évoluant vers la gangrène.

VI

Diagnostic

Le diagnostic ne nous retiendra pas longtemps. Il sera, en effet, facile d'éliminer.

Les accidents de grenouillette aiguë compliquant une lithiase du canal de Wharton, accidents qui disparaissent complètement en quelques heures (Lenormant).

L'adēno-phlegmon sous-maxillaire, affection relativement fréquente.

Les oreillons isolés de la glande sous-maxillaire qui sont d'une extrême rareté.

Enfin, il faudra toujours s'assurer pas cathétérisme du canal de Wharton et par radiographie que la lithiase salivaire n'est pas en cause.

VII

Traitement

D'abord, un traitement prophylactique. On cherchera à éviter la production de ces accidents par une antiseptie buccale préopératoire. On emploiera pour cela, de préférence, un antiseptique faible.

Il faudra surveiller l'état de la dentition surtout à la mâchoire inférieure. Des dents cariées étant souvent à l'origine de l'infection.

Après l'opération : faire faire des mouvements de mastication pour exciter la sécrétion salivaire.

Une fois, la sous-maxillité déclarée et suivant la gravité, on aura recours : soit à un traitement médical, soit à un traitement chirurgical.

a) *Traitement médical :*

Continuer l'antiseptie buccale.

Pansements humides chauds.

On aura recours à la vaccinothérapie. Dans ces infections, on peut presque toujours incriminer comme agent microbien le staphylocoque doré. On fera donc d'abord du

vaccin antistaphylococcique, puis on pourra faire ensuite de l'auto-vaccin.

b) *Traitement chirurgical :*

Il ne faut pas se presser d'y recourir et ne pas pratiquer systématiquement une large incision. Une légère incision au bistouri, parfois une simple ponction suffira à évacuer le pus et on évitera ainsi tout danger de lésion organique et on ne laissera pas de cicatrice trop inesthétique.

On pourra même parfois se contenter d'une simple expression de la glande. L'évacuation du pus par le canal de Wharton suffira à la guérison comme ce fut le cas dans l'observation que nous rapportons.

Pour le traitement des parotidites, Weill emploie une méthode empêchant les cicatrices vicieuses et les lésions des vaisseaux et des nerfs. Il pratique un drainage filiforme en passant deux crins de Florence avec une aiguille de Reverdin. Il suffirait de mobiliser tous les matins ces crins pour obtenir un drainage et une évacuation suffisante du pus.

Dans les cas de sous-maxillités suppurées avec atteinte grave de l'état général et adynamie, on fera, suivant la méthode de Lenormant une incision parallèle et sous-jacente au bord inférieur du maxillaire, incision qui conduit sur la glande sans rencontrer d'organe important.

Il faudra, en tous cas d'intervention chirurgicale, se méfier de ne pas avoir plus tard une fistule salivaire qui serait interminable à guérir.

VIII

Une observation inédite de Sous-Maxillite Post-Opératoire

(*Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé Mondor*)

Mme D..., âgée de 29 ans, est opérée à l'hôpital Beaujon, le 2 novembre 1927, par hystérectomie subtotale d'une salpingite suppurée et adhérente, bilatérale. Les difficultés de péritonisation parfaite obligent à un large drainage sus-pubien avec mèches.

Le lendemain, l'état général n'est pas satisfaisant. Le pouls rapide, l'agitation et le faciès forcent à faire un lavage d'estomac qui améliore aussitôt la situation.

Trois jours après, la malade, dont l'état général est parfait, se plaint de ne pas pouvoir boire et de l'impossibilité de mouvoir la langue. La langue et la muqueuse de la cavité buccale sont sèches, sans salive et il existe dans la région sublinguale et sous-maxillaire gauche un empâtement douloureux.

Le lendemain, la température qui était à la normale est brusquement à 39°8. Aucun signe abdominal, aucun signe de complication pulmonaire.

Sous la langue, à gauche, remplissant la loge sous-maxillaire et atteignant la ligne médiane, la tuméfaction inflammatoire est plus large, plus douloureuse, rénittente. L'orifice du canal de Wharton est à contours saillants, rouges vifs. Par le palper bimanuel, un doigt intrabuccal, une main cervicale on localise à la glande sous-maxillaire l'infection, sans doute, suppurée et on annonce à la malade qu'il faudra inciser le lendemain.

Le lendemain (8 novembre), le pus vert, épais, coule par l'orifice du canal de Wharton et la malade se trouve très soulagée.

Par la pression appuyée, on fait chaque jour, pendant plus d'une semaine, sourdre le pus. La température est redevenue normale.

Il n'a pas été fait d'examen bactériologique. L'évolution, au niveau du ventre, fut très simple. Les grosses mèches de drainage furent enlevées au dixième jour. Il n'y eut aucune suppuration.

Rien dans la bouche ne parut avoir été une lésion explicative et prédisposante. Pas de lésions dentaires à la mâchoire inférieure, pas de pyorrhée, pas de muguet. L'anesthésie avait eu lieu sans difficulté à l'éther.

La radiographie, en vue de rechercher une lithiase salivaire fut faite au début de décembre et fut négative.

Dans la suite, la malade ne garda ni gêne, ni douleur. L'écoulement de la salive par le canal de Wharton réapparut quelques jours après la fin de la suppuration.

IX

Conclusions

Les infections salivaires post-opératoires se voient, non comme on le croyait autrefois, à la suite d'intervention gynécologique, mais à la suite de laparotomie.

Les sous-maxillités post-opératoires isolées sont excessivement rares.

Ce sont des infections canaliculaires. Les germes remontent le canal de Wharton par suite de l'arrêt de la sécrétion salivaire.

Cet arrêt de la sécrétion salivaire semble dû à un traumatisme opératoire, au jeûne suivant l'intervention à la deshydratation du sujet.

Si la parotide est plus souvent atteinte que la sous-maxillaire, il semble que ce soit dû à un traumatisme anesthésique portant surtout sur la parotide et à la suppression des mouvements de mastication.

Le pronostic est généralement bénin pour les formes catarrhales et même suppurées. Il n'est grave que dans la forme gangréneuse.

Le traitement sera, avant tout, prophylactique par l'antiseptie buccale. Une fois, l'infection déclarée, commencer par le traitement médical. Pansements humides et chauds, vaccins, par l'expression de la glande avant d'avoir recours à l'incision et alors se méfier des fistules salivaires.

Vu le Doyen, *Vu, le Président.*

ROGER. F. LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. CHARLÉTY.

Bibliographie

ACHARD. — Suppuration bilatérale des glandes sous-maxillaires chez les cachectiques (*Société Médicale des Hôpitaux*, 30 nevembre 1906).

BARRIÉ et BILLAUDET. — Parotidite double suppurée dans le cancer de l'estomac (*Société Médicale des Hôpitaux*, 30 novembre 1906).

BENOIT. — Parotidite consécutive à l'ovariotomie (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1902).

CLAISSE et DUPRÉ. — Les infections salivaires (*Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, 1894).

CONDAMIN. — Sous-maxillité consécutive à l'application de radium pour cancer du plancher de la bouche. (*Société de Chirurgie*, 30 juin 1921).

DAUNE. — Contribution à l'étude de l'inflammation des glandes sous-maxillaires chez le nouveau-né (*Thèse de Doctorat*, Bordeaux, 1921-1922).

DUPLAY S. — Diagnostic et pathogénie de l'inflammation de la glande sous-maxillaire. Accidents de la lithiase salivaire (*Conférences de cliniques chirurgicales de Paris*, page 110).

DYBALL. — Parotidites secondaires aux traumatismes et maladies des organes abdominaux (*Annals of Surgery*, décembre 1904).

FOUCAULT. — Les parotidites post-opératoires et leur traitement (*Archives Méd. Chir. de Province*, février 1925).

GILBERT et CARNOT. — *Nouveau Traité de Médecine*, fascicule 20.

GINNER. — De la parotidite aiguë dans les états cachectiques et les infections chroniques (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1903).

GIRODE. — Infections salivaires ascendantes (*Société de Biologie*, 13 janvier 1893 et 19 juin 1894).

GLEY. — Suspension d'actions nerveuses excito-sécrétoires (Sur la sous-maxillaire). (*Archives de Physiologie*, 1899).

JENNINGS. — Post-operative salivary glands infections (*Long Islande M. J. Brooklyn*, 1923).

LE DENTU et DELBET. — *Nouveau Traité de Chirurgie*. Maladies de la bouche, du pharynx et des glandes salivaires (fascicule 19).

LEFAS. — Maladies des glandes salivaires (*Archives générales de Médecine*, 1900).

LENORMANT. — *In Précis de Pathologie chirurgicale* (Collection Masson).

LECÈNE in LECÈNE et LERICHE. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale.*

MALLÈS GUY et MONTEL. — Lithiase du canal de Wharton (*Lyon Médical,* 23 août 1926).

MARTIN. — Accidents réflexes post-opératoires consécutifs aux opérations utéro-ovariennes (*Thèse de Doctorat,* Paris, 1888).

MEYNADIER. — Contribution à l'étude des parotidites post-opératoires (*Thèse de Doctorat,* Montpellier, mai 1926).

MOREL. — Etude clinique sur les parotidites post-opératoires (*Progrès Médical,* 1913, n° 6).

— Etude clinique et expérimentale sur les parotidites post-opératoires (*Thèse de Doctorat,* Paris, 1907-1908).

MOUSTIN. — Discussion sur les parotidites post-opératoires (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie,* 1907).

PARMENTIER et CHABROL. — Pathologie des glandes salivaires in Roger-Widal-Teissier (*Nouveau Traité de Médecine*).

PELLÉ. — Parotidites et laparotomie (*Thèse de Doctorat,* Bordeaux, 1906-1907).

PICHEVIN. — Parotidites, d'origine génitales (*Semaine gynécologique,* 1902).

PILLIER. — Double suppuration des glandes sous-maxillaires (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1890).

POMMEPUY. — Parotidites aiguës consécutives à l'appendicectomie à froid (*Toulouse médical*, 1927, n° 3).

POTEL et VERAEGHE. — Sur les infections non spécifiques de la glande sous-maxillaire (*Echo médical du Nord*, Lille, 1913).

TIXIER et GUINARD. — Effets physiologiques et réflexes graves déterminés par les traumatismes de l'abdomen (*Revue de Chirurgie*, 1898).

TURNIER. — Seasonal enlargment of the parotid (Tive cases) (*Proceed. of Roy. Society of Med.*, 1927, april).

WINSLOW. — Affections of the sub-maxillary salivary glands (*Bull. univ. Maryland School Med. Balt.*, 1916).

SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER